

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 116

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
DILATATION IDIOPATHIQUE
DE L'ŒSOPHAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Pierre-Gustave BRAUD

Né à St-SAUVEUR-DE-NUAILLÉ (Charente-Inf^{re}), le 25 octobre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOVIN, professeur.....	Président.
		RÉCHOU, professeur.....	Juges.
		MURATET, professeur.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548423_0070

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 116

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
DILATATION IDIOPATHIQUE
DE L'ŒSOPHAGE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Pierre-Gustave BRAUD

Né à ST-SAUVÉUR-DE-NUAILLÉ (Charente-Inf^{re}), le 25 octobre 1905.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOIN, professeur.....	Président.
		RÉCHOU, professeur.....	Juges.
		MURATET, professeur.....	
		JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).

LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DURECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophthalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.....	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....			
Clinique dentaire.....			

MM. { CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Bien faible témoignage de la profonde
affection que je leur porte et de mon
infinie reconnaissance.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES DES HOPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHELEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. CRUCHET

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CARLES

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. ANDERODIAS

A MES CAMARADES DE L'EXTERNAT

A MONSIEUR LE DOCTEUR MASSE

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chef de Laboratoire de Médecine opératoire.*

Qui nous a inspiré ce sujet et aidé de
ses précieux conseils. Nos remerciements.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARRIER

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ E. AUBERTIN

*Chef de Laboratoire à la Faculté,
Médecin des Hôpitaux,
Croix de guerre.*

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance pour les soins qu'il m'a prodigués.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LOUBAT

*Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BEGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de l'Académie de médecine,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Témoignage de ma gratitude et de mon
respectueux attachement.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT CHIRURGICAL
DE LA
DILATATION IDIOPATHIQUE
DE L'ŒSOPHAGE

INTRODUCTION

Par dilatation idiopathique de l'œsophage on entend une dilatation portant sur toute la circonférence de l'œsophage, ce qui la distingue du diverticule, dans lequel l'ectasie n'intéresse qu'un point de cette circonférence, qui occupe principalement le segment inférieur du conduit œsophagien. Elle peut être fusiforme ou prendre l'aspect « d'une bouteille à panse dirigée en bas » et qui peut atteindre une capacité considérable : un litre et plus.

Presque toujours, la dilatation s'accompagne d'allongement de l'œsophage, qui s'incurve alors en S, exagérant ses courbures naturelles. Souvent aussi, lui faisant suite, on trouve une partie rétrécie plus ou moins modifiée dans sa structure.

Une telle affection se traduit par des troubles dysphagiques

d'abord intermittents, plus tard continus et progressifs, qui aboutissent à une sténose œsophagienne si l'on n'intervient pas. Il s'ensuit un retentissement évident sur l'état général, qui décline rapidement faute d'aliments.

Pour compléter ce court aperçu, il faudrait dire la cause de cette dilatation. Nous montrerons qu'actuellement la lumière n'est pas faite sur la pathogénie : on est encore dans le domaine des hypothèses.

Ce que nous voudrions essayer de montrer dans les pages qui vont suivre, en nous appuyant sur les observations connues, c'est :

1° que, dans les dilatations invétérées de l'œsophage, pour lesquelles les classiques conseillent encore comme traitement les dilatations progressives ou même brusques et comme exception l'intervention chirurgicale, celle-ci s'impose par les résultats qu'elle donne;

2° que l'opération, pour être complète, ne doit pas répondre uniquement à telle ou telle idée pathogénique ou constatation opératoire;

3° enfin, quelle est la voie d'accès sur l'extrémité inférieure de l'œsophage qui, donnant un jour suffisant, comporte le minimum de gravité.

DE L'OBSCURITE PATHOGENIQUE

La grande dilatation de l'œsophage est une affection plus fréquente qu'on ne le supposait il y a encore trente ans. Elle était plutôt soupçonnée que diagnostiquée, et seulement par des spécialistes avertis. Depuis que nous disposons des deux précieux procédés d'exploration que sont la Radioscopie et l'Œsophagoscopie, cette maladie est devenue plus facile à reconnaître. Néanmoins, pendant longtemps, il ne parut en France aucun travail sur cette question; les premières observations vraiment complètes datent de 1908 : ce sont celles de Thiroloix et Bensaude et de Mathieu et Laboulais. Le premier travail d'ensemble fut celui de Bensaude et Rivet. Puis, peu à peu, surtout depuis une quinzaine d'années, les observations et les travaux se multiplièrent, et aujourd'hui la symptomatologie de cette affection nous est bien connue et son diagnostic rendu relativement facile grâce aux rayons X et à l'endoscopie.

Mais si les signes cliniques et radiologiques des dilatations considérables de l'œsophage sont actuellement bien établis, il est assez difficile de dire exactement la nature de ces dilatations. Pour s'en rendre compte, il suffit, par exemple, de prendre les titres des communications assez rares concernant cette maladie, publiées dans ces dix dernières années.

En 1919, Lecène, qui opère pour la première fois en France un tel cas, intitule son observation : *Sténose inflammatoire avec spasme du cardia*. Deux ans plus tard, (31 mai 1921), Sencert parle du *Traitement opératoire du mégaoesophage*; Tuffier (mars 1922) : *Dilatation de l'œsophage; mégaoesophage*

avec oblitération intermittente; Lardennois et Braine (20 juin 1923), Hertz et Braine (17 mai 1924), Grégoire (23 juin 1926) : *Phrénospasme chronique avec dilatation de l'œsophage*; puis Kummer (16 févr. 1927) : *Sténose du segment diaphragmatique de l'œsophage*; P. Delbet successivement : *Mégacœsophage* (29 mars 1929), *Cardiospasme* (22 avril 1931), *Rétrécissement simple de l'œsophage* (1^{er} juill. 1931). Oberthür (juin 1931) fait, sur l'instigation de P. Delbet, un travail qu'il intitule : *Traitement de la dilatation dite idiopathique de l'œsophage*. Enfin, Soupault et Hambürger traitent du *Rétrécissement œsophago-cardiaque dit essentiel*. Si nous parcourons la littérature étrangère, nous retrouvons cette même variété de dénominations, (mégacœsophage, dilatation idiopathique, cardiospasme, rétrécissement avec dilatation diffuse, dilatation cardiotonique, etc.).

Une telle variété d'appellations pour un même syndrome trouve son explication dans l'idée pathogénique particulière admise par chaque auteur : c'est que, jusqu'alors, maintes théories ont été émises, mais aucune d'elles, bien qu'établie sur des faits constatés, ne semble satisfaire entièrement l'esprit. Quelle est la cause initiale du complexe observé par le chirurgien ? Quelle est la lésion qui est à l'origine ? Bien des réponses nous sont données.

Faut-il penser, avec Zenker, Rosenheim, et, plus récemment, Tuffier, à l'atonie musculaire, au défaut congénital d'étoffe, explication qui se trouve appuyée par ce fait que, d'habitude, au-dessus d'un obstacle, qu'il soit d'origine cancéreuse ou autre, un œsophage normal ne se dilate pas ?

Peut-on y voir, avec Bard, Sencert, Sargnon, une malformation congénitale, malformation qui est suivie de coudures secondaires sus-diaphragmatiques, dues à la trop grande longueur autant qu'à la trop grande largeur du conduit ?

Est-ce le cardiospasme primitif de Mikulicz ou plutôt, comme le voudraient Chevalier-Jackson, OErtinger et Caballero, Dufourmentel, Grégoire, un spasme secondaire, le phrénospasme ?

Doit-on admettre, avec Cardenal, Zaaïjer et d'autres, une altération du réflexe d'ouverture du sphincter œsophago-cardiaque ?

Ou bien, enfin, serait-ce une inflammation lente de la partie inférieure de l'œsophage, due à des fautes d'alimentation, qui, chez des nerveux, conditionnent un spasme, lequel finit, à la longue, par se compliquer de sténose pariétale ?

Nous ne nous chargerons pas d'élucider la question.

Mais, d'après Grégoire, Delbet, Braine, Soupault, Charbonnel et Massé, le chirurgien constate dans la plupart des cas sinon dans tous une sténose musculaire, non adhérente à la muqueuse, longue, en général, de 3 à 4 centimètres, remontant bien au-dessus du cardia, d'une longueur de main dans un cas récent de Van Haberer, sténose sur laquelle il conviendra d'agir. De plus, Charbonnel et Massé insistent sur ce point qu'il y a très souvent dans les cas avancés des lésions d'inflammation œsophagienne et aussi péri-œsophagienne, qui font adhérer le muscle œsophagien au muscle diaphragmatique, « lésion inflammatoire qu'il faudra toujours craindre ». Enfin, Sébilleau, Proust, Oberthür, Charbonnel et Massé pensent qu'au point de vue pratique il convient de distinguer des cas très certainement dissemblables :

Il y a les spasmes simples, intermittents, chez les nerveux, sans rétro-dilatation marquée, cas qui ne relèvent que du traitement médical et endoscopique, qui peuvent être le début des cas suivants, mais pas obligatoirement, car ils pourront rester à ce stade, et, par contre, les cas suivants ne débiteront pas toujours ainsi.

Et il y a, quel qu'en soit le début et quelle qu'en soit la cause première, les grandes dilatations, avec poche volumineuse, compliquées de coudure, de stase, d'œsophagite, de rétrécissement tubulaire, qui, elles, sont rebelles à l'endoscopie, ne donnant que des améliorations de plus en plus passagères. Ces lésions relèvent de la chirurgie avant que le malade tombe dans une déchéance complète (Grégoire, Sébi-

leau, Okynczic, Zaaïjer, Lusena, Gray-Turner, Soupault, Charbonnel et Massé).

Ces quelques considérations, puisées dans les constatations relevées par nombre de chirurgiens sur leurs malades, n'ont certainement aucune valeur pathogénique mais, en clinique, elles suffisent pour agir, et, lorsqu'il faut intervenir, elles permettent d'exercer une action rationnelle, qui, s'adressant à l'ensemble des causes possibles, aura les plus grandes chances d'être complète et efficace.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

De même que les hypothèses pathogéniques envisagées furent nombreuses, et pour cette raison, les traitements appliqués furent variés. Nous allons voir les diverses méthodes employées, en les divisant en méthodes à éliminer et en méthodes actuelles :

A. — *Méthodes à éliminer.*

I. — La gastrostomie.

La gastrostomie faite à l'anesthésie locale est une opération bénigne, mais que l'on ne peut considérer comme une fin, car elle est absolument insuffisante.

Elle trouverait son indication dans les cas de spasme simple, sans dilatation marquée, sans œsophagite intense, mais alors, dans ce cas, l'endoscopie, comme l'ont prouvé de nombreuses observations, peut suffire.

Dans les grandes dilatations invétérées, il faudrait la considérer comme définitive, car elle ne guérit pas. C'est ce que montre nettement le cas de Lardennois et Braine, qui, laissant se refermer la bouche gastrique faite à leur malade, voient immédiatement se reproduire les troubles dès qu'une alimentation par les voies naturelles est reprise.

Cependant la gastrostomie trouve son indication. Chez les cachectiques, en présence d'un mégaoesophage avec œsophagite prononcée, elle est un temps préparatoire précieux à l'intervention radicale. Elle permet l'alimentation du malade, pare aux dangers de l'inanition, met l'œsophage au repos, car elle le met à sec, en évitant d'y verser chaque jour des aliments qui y fermentent, permet, en partie, la guérison

des lésions muqueuses, qui entretiennent le spasme. Il faut savoir pourtant que les mucosités provenant de l'œsophage lui-même, du naso-pharynx, la salive déglutie par le malade, stagnent encore et se modifient dans la poche, d'où nécessité de pratiquer des lavages de cette poche.

La gastrostomie peut être non un temps préparatoire, mais un temps concomitant de l'intervention radicale, car, faite avant l'opération, elle peut gêner, lors de celle-ci, quand on intervient par voie abdominale, comme dans un cas de Delbet.

Mais, en définitive, elle ne sera pratiquée comme intervention première ou complémentaire que chez des malades très cachectiques, avec œsophagite intense, et ne devra être considérée, de toute façon, que comme temporaire, parant seulement au danger immédiat.

II. — Les œsophago-gastrostomies.

L'anastomose œsophago-gastrique est, sans doute, l'idéal pour assurer avec certitude une bonne évacuation œsophagienne. C'est ce que Denk a réalisé, mais la voie transpleuro-diaphragmatique, employée par lui, en fait une opération extrêmement grave : sur 5 cas connus, 2 seulement furent mortels, ce qui faisait dire à Sencert, en 1921 : « Cette opération a été pratiquée trois fois avec succès; ce n'est pas une raison, pour la considérer comme simple et bénigne. » Grégoire, également, insiste sur sa gravité. Actuellement elle semble abandonnée, du moins en France.

Heyrowsky, en 1910, substitue à la voie transpleuro-diaphragmatique la voie abdominale antérieure. Tout récemment, au Congrès de Madrid (1932), Bircher, Lusena, Gray-Turner, disent lui rester fidèles, non pas exclusivement, mais souvent, et, sur 29 cas existants, il n'y aurait eu qu'une seule mort. On voit la différence de gravité. Il est vrai qu'elle ne se présente pas dans des conditions de difficulté extrême

quand l'œsophage libéré est bien abaissé; l'anastomose, réalisée en deux plans (muqueuse et musculuse), peut être bien protégée en péritonisant avec la grosse tubérosité de l'estomac, attirée de gauche à droite devant la ligne de suture. Mais on peut reprocher à l'œsophago-gastrostomie de comporter l'aléa de toute suture œsophagienne; on doit lui reprocher surtout son importance et sa longueur (Bull indique une durée de 2 ou 3 heures pour ses opérations), nullement proportionnée à la résistance amoindrie des malades, « ce qui semble fort déraisonnable » (Oberthür).

III. — Divulsion du cardia.

La divulsion consiste à introduire à travers le cardia des instruments (clamps ou pinces) dont on peut augmenter rapidement le volume. C'est l'opération par voie transgastrique que réalisa, en 1904, Mikulicz, opération qui semble, à l'heure présente, abandonnée. En 1929, Lamare et Larget en rapportent deux cas avec bons résultats, mais qui, depuis, n'ont pas été suivis. Ils s'attirent les critiques de Lecène, Lenormand, Desplas, qui montrent les dangers de cette manœuvre « aveugle et brutale » qui peut « faire courir au malade un grand risque ».

Elle expose, en effet, à des déchirures importantes de la muqueuse œsophagienne, fragile, et permet de redouter, surtout s'il y a de l'œsophagite ou même de la périœsophagite, un processus infectieux dont il est impossible de prévoir la gravité.

Cependant, au Congrès de Madrid (1932), Lusena en signale 51 cas avec 2 morts seulement.

B. — *Méthodes actuelles.*

Les méthodes actuelles agissent directement et par abord externe sur l'extrémité inférieure de l'œsophage et le cardia.

Ces méthodes varient avec l'idée pathogénique admise, avec les difficultés rencontrées au cours de l'opération et aussi avec les résultats obtenus.

Nous allons étudier chacune d'elles.

I. — Abaissement abdominal de l'œsophage thoracique (Von Hacker).

Cette méthode s'appuie sur une idée pathogénique dont Bard, Sargnon, se sont faits les défenseurs. Pour eux, à la base de la dilatation de l'œsophage, il y a « une malformation tissulaire ». De même qu'il existe un mégacôlon se développant sans spasme, sans atonie, sans paralysie, de même il existe un mégacœsophage. L'œsophagite constatée est secondaire à la stagnation alimentaire; le cardia est le plus souvent normal, et, s'il se produit un spasme, ce dernier est secondaire. La maladie peut rester latente; elle ne devient appréciable que lorsque l'œsophagite chronique s'aggrave. Oettinger admet cette théorie. Pour lui, il s'agit « d'un allongement anormal, d'un dolicho-œsophage dont les courbures physiologiques connues sont d'autant plus accusées que la longueur de l'œsophage n'est plus proportionnelle au développement en hauteur de la cage thoracique ». L'obstacle réel au passage du bol alimentaire dans l'estomac siège au niveau de l'hiatus diaphragmatique. Il est constitué par la dilatation en poche de la partie sus-diaphragmatique de l'œsophage, qui parfois forme un véritable clapet au niveau de l'hiatus.

Sencert, également, admet cette conception-pathogénique, et, pour lever l'obstacle qui gêne ou empêche l'évacuation de l'œsophage, la seule opération plausible et efficace est « l'abaissement et le redressement de l'œsophage ». Cet auteur a, du reste, saisi le truc que son malade employait (et qu'on retrouve chez beaucoup d'entre eux) pour vider sa poche œsophagienne : « Il se cambre, porte les épaules en

arrière et le ventre en avant, puis fait une forte inspiration pour abaisser son diaphragme. On voit à l'écran que le diaphragme s'abaisse, tire et redresse l'œsophage, et la partie qui était couchée sur le diaphragme devient verticale et se vide d'un coup dans l'estomac. » Dès lors, pour guérir ces malades, Sencert pense qu'il suffit de rendre l'œsophage rectiligne. Toutefois, il ajoute : « Au besoin, et par surcroît, on peut élargir le cardia. » C'est ce qu'il a fait.

OBSERVATION SENCERT.

(Soc. de chir., 25 mai 1921.)

Homme de 45 ans. Dysphagique depuis dix ans. Non amélioré par le traitement médical.

On peut résumer ainsi son opération : après résection du rebord costal gauche, l'œsophage thoracique est abaissé de 8 centimètres; il est fixé au diaphragme dans sa nouvelle position. Bien que le cardia ne soit pas rétréci, on pratique une cardioplastie totale, muqueuse comprise.

Suites simples. Résultat fonctionnel bon, suivi pendant quinze mois. A la radioscopie, l'œsophage se vide lentement, sans arrêt, en trois minutes, par un trajet vertical unissant la partie dilatée à l'estomac.

OBSERVATION PRAT.

(Soc. de chir., 2 avril 1924.)

Homme de 39 ans. Présente des troubles de dysphagie depuis 5 ans. Séances de dilatation répétées sans amélioration.

Même opération que Sencert, avec fixation au diaphragme mais sans cardioplastie, « qui est inutile, écrit-il, le cardia étant normal à la vue et au toucher ». C'est donc le type même de l'opération adéquate à la pathogénie.

Suites simples. Amélioration rapide, mais avec de petites rechutes, nécessitant quelques dilatations.

Deux ans et demi après, on constate que la dilatation œsophagienne est presque aussi considérable. On fait quelques dilatations sous endoscopie. L'état fonctionnel et général est bon.

Le cas de Prat est peu démonstratif quand on se rappelle que, pour beaucoup d'auteurs, des séances de dilatation suffisent..., comme il a dû en faire malgré l'intervention. Prat écrit lui-même : « Ce qui fait l'intérêt de cette communication, c'est que l'opération de Sencert sans cardioplastie peut laisser persister intégralement (au bout de deux ans et demi) la lésion anatomique (dilatation) qu'elle prétend corriger. Il faut reconnaître cependant qu'elle entraîne une incontestable amélioration fonctionnelle. »

OBSERVATION HARTMANN.

(Soc. de chir., 20 mars 1929.)

A propos d'un cas de Delbet, Hartmann dit (p. 482) : « L'an dernier (1928), chez une malade ayant un mégacœsophage et ne pouvant rien avaler, je suis intervenu. L'œsophage était très allongé dans sa partie thoracique, comme couché sur le diaphragme. Par voie abdominale, j'ai très facilement abordé le cardia, puis, pensant que la gêne au passage des aliments était due à la coudure, j'ai simplement attiré la partie terminale de ce dernier du thorax dans l'abdomen; j'ai fixé l'œsophage abaissé aux piliers du diaphragme, sans faire d'œsophagoplastie. »

De ces faits il faut retenir comme certain que toujours, dans les cas invétérés, l'œsophage est élargi, coudé, affaissé sur le diaphragme. La manœuvre d'abaissement est certainement une chose utile.

La fixation de la poche ne semble pas indispensable, car souvent elle est illusoire. Il est permis de se demander quelle va être la valeur de la fixité d'une poche œsophagienne flas-

que à un diaphragme qu'il a fallu écarter et parfois même dilacérer.

Ce qui constitue l'opération entière par cette méthode ne doit, en fait, représenter, comme nous le verrons plus tard, que les deux premiers temps de la cure radicale : le premier, la libération de l'œsophage dans sa traversée diaphragmatique; et le second, le redressement de l'œsophage par le raccourcissement de sa portion thoracique.

II. — Phrénotomie gauche par voie postérieure de Grégoire.

Le but poursuivi par Grégoire est de dégager l'œsophage de l'anneau diaphragmatique qui l'enserme, parce que rétréci, et qui crée ce que Chevalier-Jackson appelle le phrénospasme. Il faut donc sectionner le diaphragme, et cela devra suffire. C'est ce que les Allemands (Ropke, 1914) appellent l'hiatomie. C'est pour parvenir à l'œsophage diaphragmatique que Grégoire a décrit son procédé (Soc. de chir., 25 avril 1923), que nous reproduisons ici pour montrer toute l'importance de l'intervention.

TECHNIQUE :

« Le sujet est couché sur le côté droit. Un coussin de 10 centimètres de haut est placé sous les dernières côtes droites et fait saillir l'hémithorax gauche en incurvant la colonne vertébrale.

» L'incision cutanée en U à branches inégales descend le long des côtes depuis la 8^e jusqu'à la 12^e; elle suit la 12^e côte sur 10 centimètres de long et remonte sur la ligne axillaire postérieure jusqu'à la 8^e côte. Les plans musculo-cutanés sont disséqués et relevés, mettant à nu le squelette costal.

» La 12^e côte est réséquée. La 11^e est sectionnée aux deux extrémités de l'incision cutanée. La 10^e est coupée au niveau de son col seulement. Lorsque les artères des espaces corres-

pondants ont été liées et coupées, on peut relever, dans un large écarteur, ce vaste lambeau ostéo-musculaire.

» On a devant soi la plèvre costale et, au-dessous du cul-de-sac costo-diaphragmatique, le diaphragme nu et le ligament cintré. La plèvre est décollée au niveau du cul-de-sac costo-vertébral. Elle tient solidement à la colonne et surtout aux disques auxquels elle est reliée par une série de petits ligaments vertébro-pleuraux. Le décollement doit être exécuté avec prudence et méthode, car la plèvre, ici, est mince et fragile. Passée la colonne, la plèvre ne tient plus ni à l'aorte, ni à l'œsophage.

» On décolle alors le fond du cul-de-sac costo-diaphragmatique, on commence près de la colonne vertébrale. Le diaphragme est ainsi mis à nu.

» Le diaphragme, une fois libéré, est fendu depuis le col de la 12^e côte jusqu'à l'orifice de l'œsophage. On doit se souvenir que l'artère diaphragmatique inférieure gauche passe à ce niveau et il faut la lier avant de la couper, car ses bouts se rétractent.

» Lorsque le diaphragme est fendu, on voit plus de la moitié inférieure de l'œsophage flanqué des deux pneumogastriques. On a devant soi le cardia et la face postérieure de la grosse tubérosité de l'estomac dans sa portion non-péritonisée.

» Sous la lèvre inférieure de la plaie, se trouve le pôle du rein entouré de sa graisse et coiffé de la capsule surrénale.

» Une incision longitudinale est faite dans l'angle cardio-œsophage sur 5 centimètres de long, 2 centimètres $\frac{1}{2}$ sur l'œsophage, 2 centimètres $\frac{1}{2}$ sur la grosse tubérosité de l'estomac. Cette incision longitudinale est suturée transversalement.

» Réfection partielle du diaphragme, laissant l'orifice de passage de l'œsophage largement ouvert. Une mèche est placée au droit de la suture œsophago-gastrique. Réunion. »

Voici des observations résumées où cette technique fut appliquée.

OBSERVATION GRÉGOIRE (1).

(Soc. de chir., 14 nov. 1923.)

Femme de 25 ans. Opérée en décembre 1922. C'est la première fois que Grégoire emploie sa technique. Il fait une phrénotomie, mais y adjoint une œsophago-cardioplastie totale.

En novembre 1923, soit un an après, les résultats fonctionnel, anatomique et radiographique sont excellents.

OBSERVATION HERTZ ET BRAINE.

(Soc. de chir., 14 mai 1924.)

Garçon de 17 ans. Opération de Grégoire. De plus, il est fait une œsophago-cardioplastie extra-muqueuse, incision verticale et suture transversale de la musculieuse, « bien que le palper de la portion transdiaphragmatique ne décèle aucune induration, non plus que plus bas au niveau du cardia ».

Au bout de deux mois, excellents résultats fonctionnel et anatomique.

OBSERVATION GRÉGOIRE (2).

(Soc. de chir., 23 juin 1926.)

Femme de 34 ans. Opérée le 16 février 1926. Phrénotomie. Puis, l'œsophage, dans sa portion diaphragmatique, montrant un calibre de moitié plus petit que celui d'un œsophage normal, sans toutefois présenter de modification dans sa structure, Grégoire pratique en plus une œsophago-gastroplastie totale.

Suivie seulement pendant deux mois. Les suites furent excellentes, tant au point de vue anatomique que fonctionnelles et générales.

OBSERVATION KUMMER.

(Soc. de chir., 16 févr. 1927.)

Femme de 45 ans. Tentative de dilatation impossible. Opération de Grégoire. Les séreuses sont un peu ouvertes. Suture. Phrénotomie sans plastie, car cardia et œsophage ne présentent aucune anomalie.

Au bout de deux semaines, les résultats fonctionnel et anatomique sont bons. En 1928 (14 mois), Kummer dit que son opérée va toujours bien (*Schweiz med. Wochenschr.*, n° 6, févr. 1928).

OBSERVATION LEFÈVRE ET JONCHÈRES.

(Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, juin 1926.)

Femme de 29 ans. Opération de Grégoire. Dans sa portion transdiaphragmatique « l'œsophage est blanc, retractoré, entouré de tissus fibreux ». Cependant on ne fait pas de plastie.

Résultats fonctionnel et général, bons. A la radioscopie il y a de la stagnation. Lefèvre regrette de n'avoir pas fait de plastie ou de myotomie.

Cinq ans après (*Bordeaux chir.*, juill. 1931), Lefèvre dit que sa malade va toujours bien au point de vue général. Il n'y a pas d'examen radioscopique récent.

OBSERVATION LAGOS.

(*Noticias médicas*, avril 1931, p. 24.)

Garçon de 17 ans. Dysphagique depuis 3 ans à la suite d'un accident d'auto. Mégacœsophage. Pas d'amélioration après dilatations. Opération de Grégoire. Pas de plastie.

Guérison complète ?

OBSERVATION CHENUT ET PARCELIER.

(Soc. de chir. de Bordeaux, 23 juin 1932.)

Femme de 48 ans. Dysphagique depuis 20 ans : Bon état général. Intervention le 2 avril 1932 par la voie sous-pleurale (procédé R. Grégoire modifié). Incision de l'anneau diaphragmatique. Paroi de l'œsophage normal. Pas de plastie.

Deux mois après, la radioscopie montre une poche œsophagienne en voie de régression. L'organe se contracte. La bouillie stagne quelques minutes au-dessus du diaphragme.

Suites excellentes. La malade engraisse.

Nous voyons que, d'après les observations ci-dessus, la phrénotomie par voie thoraco-abdominale extra-séreuse postérieure a donné de bons résultats. Malheureusement, les opérés n'ont pas été suivis assez longtemps, sauf le cas n° 1 de Grégoire, ceux de Kummer et de Lefèvre et Jonchères. La phrénotomie soulève quand même la critique : « L'incision du diaphragme n'est pas sans inconvénient; si la suture ne tient pas, il se produit une hernie diaphragmatique; le fait est arrivé à Kummer. » (Oberthür.)

Si, maintenant, nous nous reportons à la technique opératoire de Grégoire, reproduite plus haut, nous voyons qu'il est facile de se rendre compte du facteur de gravité que comporte cette intervention. De l'avis de nombreux chirurgiens qui l'ont pratiquée, l'opération en elle-même est relativement facile, mais ne va pas sans faire courir de risque au malade. Voici ce qu'en dit Oberthür : « Quant à la voie thoraco-abdominale extra-séreuse de Grégoire, elle est fort ingénieuse et fait honneur à l'anatomiste; bien qu'elle ait été employée avec succès par Grégoire et par plusieurs autres, elle n'est peut-être pas toujours rigoureusement extra-séreuse et surtout elle est, personne ne le contestera, plus compliquée, plus longue, plus choquante qu'une laparotomie médiane, et qui suffit, exposant bien les lésions et permettant de remonter jusque dans le médiastin. »

A côté des dangers qui accompagnent la phrénotomie par voie postérieure de Grégoire, notons maintenant ce qu'il ressort des constatations faites par les chirurgiens au cours de leurs interventions :

Dans la plupart des cas (cas de Grégoire, Hertz et Braine, Lefèvre et Jonchères), il existe, sinon une lésion pariétale inflammatoire ou autre, du moins une diminution de calibre de l'œsophage dans sa portion transdiaphragmatique, ce qui faisait écrire à Grégoire en 1924 : « C'est bien sur le diaphragme qu'il faut agir pour en agrandir l'orifice. Mais, en outre, l'œsophage dans ce défilé rétréci est lui-même altéré et son diamètre insuffisant. Il est donc nécessaire d'ajouter à l'élargissement de l'orifice diaphragmatique l'élargissement du conduit. Aussi, je pense qu'une œsophagoplastie doit, à peu près toujours, compléter la phrénotomie; un résultat durable ne sera obtenu qu'à ce prix. » En 1926, il y revient de nouveau et dit : « Il me semble que la seule section du diaphragme ne doit pas être considérée comme suffisante pour obtenir un résultat que l'on puisse espérer durable; il est nécessaire de pratiquer une plastie œsophago-gastrique, car, dans les cas que j'ai vus, le calibre de l'œsophage m'a paru constamment modifié. »

Nous devons également noter qu'à côté des cas dans lesquels le trajet diaphragmatique de l'œsophage est diminué de calibre, il en est d'autres (tels ceux de Tuffier, Sencert, Prat, Lardennois, Kummer, Chenut et Parcelier) dans lesquels il n'y a aucune diminution de calibre tubulaire.

Il n'en reste pas moins vrai que les conclusions formulées par Grégoire sont à retenir.

III. — Œsophago-cardioplasties.

L'œsophago-cardioplastie ne constitue pas, à elle seule, un mode opératoire employé exclusivement; nous l'avons vue associée aux diverses méthodes appliquées : Sencert l'adjoint

à l'abaissement de l'œsophage; elle complète la phrénotomie de Grégoire et nous verrons que Delbet, Charbonnel et Massé lui accordent une importance primordiale dans leur acte opératoire.

Elle s'adresse à cette diminution de calibre du conduit que l'on observe dans presque tous les cas, quelle qu'en soit la nature. Nous avons montré qu'à deux reprises Grégoire attirait sur elle particulièrement l'attention et Delbet la retrouve dans ses quatre cas. Elle lui fait dire lors de la présentation de son quatrième malade (Soc. de chir., 1^{er} juillet 1931) : « Le diaphragme n'y est pour rien. Aussi l'expression de phréno-spasme proposée par Chevalier-Jackson me paraît-elle injustifiée. La lésion est œsophagienne et non exclusivement cardiaque. Elle s'étend sur une hauteur de 5 à 8 centimètres. Il s'agit non d'un spasme, mais d'une lésion anatomique. L'expression cardiospasme est donc doublement mauvaise. La seule dénomination qui me paraisse justifiée est celle du rétrécissement de la partie terminale de l'œsophage. Il faudrait ajouter un qualificatif au mot rétrécissement; je n'en ai pas de bon à vous proposer... On pourrait, en attendant mieux, employer l'expression de rétrécissement simple de l'œsophage. »

Ce serait Wendel qui aurait exécuté la première œsophagoplastie en 1909, œsophagoplastie totale, intéressant la muqueuse et la musculuse.

La technique est celle de toutes les plasties des conduits creux. Incision longitudinale et suture transversale. L'incision doit être longue et mordre sur l'estomac.

IV. — L'œsophago-cardiotomie extra-muqueuse (Opération de Heller, 1913).

Dans les plasties totales, où la muqueuse œsophagienne est intéressée comme la musculuse, muqueuse qui, malgré la préparation opératoire, est infectée et extrêmement fragile,

on ne peut nier que son ouverture ne constitue une complication, une aggravation. Elle est considérée comme très grave par Camargo (de Sao-Paulo), qui opère fréquemment des mégacésophages, car les cas « d'engasco », ainsi dénommés au Brésil, y semblent courants. Delbet, qui rapporte les paroles de Camargo, dit : « Quand on ouvre la muqueuse, la mort est fatale. » Nous avons vu pourtant que des plasties totales ont été faites par Grégoire à deux reprises, avec bons résultats et nous verrons que Delbet, dans son cas n° 3, a incisé par mégarde la muqueuse et que les suites opératoires furent quand même normales.

Mais nous avons vu également que dans le cas de Hertz et Braine, où une simple plastie musculieuse avait été pratiquée, les résultats fonctionnel et anatomique furent aussi satisfaisants. Pourquoi, alors, faire courir au malade des risques d'infection par l'ouverture de la muqueuse, alors que cette manœuvre n'ajoute rien au résultat final ?

Bien plus, il est inutile (Heller, Camargo, Delbet), de faire cette plastie et cette suture musculaire. La simple section de la musculieuse, assimilable à la pylorotomie de Fredet, permet une dilatation du rétrécissement œsophagien suffisante, à la condition que cette section soit étendue, dépassant en haut et en bas la sténose œsophagienne jusque sur la poche œsophagienne et jusque sur l'estomac.

Cette œsophago-cardio-myotomie extra-muqueuse fut préconisée par Delbet en France (Soc. de chir., 20 mars 1929), qui l'avait vu employer par Camargo et qui fut étonné de sa simplicité et de son efficacité.

En même temps, Delbet vante comme voie d'accès la simple laparotomie médiane sus-ombilicale, qu'il a vu employer également au Brésil. Grégoire insiste sur l'insuffisance de cette voie qui, dans les cas de sténose œsophagienne trop haut située sur l'œsophage, ne permet pas l'abaissement suffisant de l'œsophage pour l'atteindre dans sa partie rétrécie. Cependant Delbet dit : « Elle permet de libérer facilement l'œsophage du diaphragme et de pénétrer dans le médias-

tin. » (20 mars 1929.) Et le 27 avril 1931 il ajoute : « Permettez-moi de vous recommander encore la voie d'accès abdominale... Je suis convaincu que tous ceux qui voudront essayer d'aborder la partie inférieure de l'œsophage par la voie abdominale antérieure seront émerveillés de sa simplicité. »

Voici sa technique :

« Anesthésie générale.

» Chirurgen à droite du malade, avec un aide en face de lui et un deuxième à sa gauche.

» Incision médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. Nous préférons, à l'incision de la ligne blanche, une incision à travers les fibres les plus internes du muscle grand droit gauche, la reconstitution de la paroi sera plus solide.

» Mise en place d'un écarteur automatique à la partie inférieure de l'incision. Le premier aide attire vers le bas et un peu vers la gauche le corps de l'estomac qu'il tient solidement de la main gauche en s'aidant d'une compresse. Le deuxième aide soulève et récline le foie, soit avec la main, soit avec une valve; il veillera à ne pas blesser cet organe. La coupole diaphragmatique est alors bien exposée.

» On coupe alors aux ciseaux le ligament triangulaire gauche avasculaire. Ceci permet de basculer un peu plus le foie et augmente le jour sur le cardia.

» Incision aux ciseaux courbes du péritoine au niveau de sa réflexion de l'œsophage abdominal sur le diaphragme. Ce faisant, on effondre la portion gauche du petit épiploon sur le bord droit de l'œsophage. On a mis à nu les fibres musculaires de l'œsophage et les bords de l'orifice œsophagien du diaphragme.

» En arrière, avec le doigt, on fait le tour de l'œsophage entre les attaches du méso-œsophage.

» Avec l'extrémité des ciseaux courbes fermés, puis avec un tampon monté, on dégage alors l'œsophage des parois du défilé diaphragmatique.

» L'œsophage se laisse abaisser progressivement. On attire aussi, non seulement toute la partie rétrécie, mais encore une

notable étendue de l'œsophage thoracique distendu, de la poche sus-diaphragmatique, d'aspect lisse, luisant presque comme une séreuse. L'abaissement réalisé est de 8 à 10 centimètres.

» On incise alors la paroi antérieure de l'œsophage rétréci, verticalement, en son milieu; on procède prudemment, puisque l'on veut fendre la seule couche musculaire et respecter la muqueuse. Il est commode de commencer à la partie inférieure et de s'aider d'une sonde cannelée que l'on insinue entre la couche musculaire et la sous-muqueuse et sur laquelle on fend aux ciseaux la lame plus ou moins épaisse que l'on rencontre. L'œsophage se dilate alors, les bords des berges musculaires s'écartent en losange et la muqueuse se dégage dans leur intervalle, de même que la muqueuse pylorique dans l'opération de Fredet.

» On peut s'assurer que la libération est suffisante en faisant refluer de l'air de la grosse tubérosité de l'œsophage que l'on voit se dilater.

» L'opération est terminée, aucune ligature n'est nécessaire; si, au cours de la plastie, on rencontre des veines œsophagiennes, on peut les récliner et passer à côté.

» Il n'y a plus qu'à reconstituer la paroi abdominale par trois plans de suture. »

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(DELBET, in OBERTHUR, *Arch. mal. app. digestif*, juin 1931.)

Mme G..., 27 ans, entre dans le service le 3 mars 1927. Dysphagie ayant débuté brusquement il y a six mois et persistant depuis cette date, avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Bonne dentition; mangeait toujours rapidement, prenant ses repas en un quart d'heure, sans bien mâcher. Lorsqu'elle absorbe des aliments, elle éprouve une violente douleur rétro-xiphoidienne, irradiant dans le dos vers la partie moyenne de la colonne dorsale et présente presque aussitôt une régurgitation. Cette dysphagie porte surtout sur les aliments solides; elle ne peut s'alimenter qu'avec des liquides et des purées qui sont parfois rejetés aussi. La malade a maigri considérablement depuis 1 an.

Examen radiologique le 28 mars 1927.

Ralentissement considérable, mais non arrêt de la traversée œsophagienne. Rétention très prolongée du liquide, sans grande dilatation de l'œsophage. Traversée du cardia filiforme.

Recherche du melœna occulte trois jours de suite. Premier jour : Meyer positif; deuxième jour : faiblement positif; troisième jour : négatif.

50 gouttes de belladone par jour pendant quinze jours, aucune amélioration.

Œsophagoscopie à Laënnec le 9 avril 1927 : rétrécissement spas-

modique au niveau de la partie inférieure de l'œsophage sans lésion visible. A traiter par la dilatation. Cinq séances de dilatation n'amènent qu'une amélioration passagère. Poids 36 kilos.

Revient dans le service du Professeur Delbet qui lui propose de l'opérer.

Elle est préparée avec du sérum, des lavements alimentaires, de l'huile camphrée, et opérée le 17 juin 1927.

Anesthésie au chloroforme.

Incision médiane (ou plutôt para-médiane à travers le grand droit gauche) sus-ombilicale. Un aide attire la grosse tubérosité de l'estomac vers le bas, un autre récline le foie vers le haut. Section du ligament triangulaire. Incision du péritoine autour du cardia. Décollement de l'œsophage dans la traversée diaphragmatique, facilement réalisé à l'aide d'une compresse montée sur une pince. Abaissement de 8 centimètres environ d'œsophage thoracique. Incision longitudinale de la musculature œsophagienne sur 6 centimètres de longueur, en respectant la muqueuse. Suture de la paroi abdominale en trois plans.

La malade boit sans difficulté du lait et des tisanes le lendemain de l'opération; le 19 juin elle est très apathique, et le 20 subcomateuse; mydriase, odeur acétonique de l'haleine, acide diacétique et oxybutyrique dans les urines. Lavement bicarbonaté, 15 unités d'insuline le 20, 20-unités le 21. Le 22, la malade est encore prostrée; cependant, elle boit et mange facilement. L'azotémie est montée de 0,36 à 0,55, urines, 230 cc. seulement; première selle. Le 23 juin, l'amélioration s'accroît, le 24 la malade émet 2 litres d'urines; elle a repris une conscience parfaite. Les fils sont enlevés le 29 juin; la paroi se désunit entièrement le 30 juin. Suture en un plan de cette éviscération. Fils enlevés le 21 juillet.

Examen radiologique le 26 juillet 1927 : œsophage dilaté, fusiforme, cardiospasmé assez persistant; les bords sont nets. Après cinq minutes il reste encore dans l'œsophage une notable quantité de baryte...

La malade éprouve cependant un grand soulagement et pendant 6 mois, à la suite de l'opération, elle peut s'alimenter normalement ou presque, fractionnant pourtant ses repas. Elle peut manger du

pain, de la viande par petites bouchées en les humectant avec des boissons chaudes. La déglutition s'accompagne encore d'une gêne momentanée en un point précis rétro-xyphoïdien. Elle reprend du poids (42 kg.) et des forces.

Radioscopie le 10 novembre 1927.

Constatation identique à celles des examens précédents : arrêt très durable du bol baryté à la partie inférieure de l'œsophage, rétrodilataion, pas de déformation étendue du contour œsophagien. Le défilé constitué par le rétrécissement paraît très court et juxta-cardiaque.

Les troubles dysphagiques reparaissent à la fin de 1927 et persistent jusqu'à la deuxième opération.

Celle-ci a lieu le 9 décembre 1929 (la malade ne pèse que 39 kg.).

Nouvelle cardioplastie.

Suites normales apyrétiques. Dès le soir de l'opération, les tisonnes passent bien. Elle prend du lait le lendemain. La déglutition est parfaite, ni douloureuse, ni gênée. L'alimentation solide est reprise le septième jour. La malade accuse encore après les repas une sensation légèrement pénible dans le dos pendant quelques instants. Fils enlevés le 26 décembre. Sort de l'hôpital le 31 décembre. Poids 39 kg. 900.

Radiographie le 14 janvier 1930.

Un verre de baryte ingéré traverse facilement et rapidement l'œsophage sans marquer de temps d'arrêt au niveau du cardia.

La dernière partie de la baryte, cependant, ne franchit pas encore rapidement le cardia; elle stagne au-dessus de celui-ci, s'évacuant lentement et par petites quantités, si bien qu'on en retrouve encore des traces après dix minutes d'examen.

L'examen sommaire de l'estomac montre celui-ci allongé et hypertonique, avec un duodénum anormalement situé et présentant une stase au niveau de D³.

La malade est revue en janvier 1934; elle est très satisfaite du résultat obtenu; elle a repris une alimentation normale, elle évite cependant de manger du pain, « ce qui ne passe pas très bien », et présente quelques brûlures d'estomac, explicables par la stase duodénale, elle pèse 44 kilos et travaille régulièrement.

OBSERVATION II.

(DELBET, in OBERTHÜR, *Arch. mal. app. digestif*, juin 1931.)

Mme V..., 43 ans. Entre dans le service pour troubles dysphagiques qui remontent à 27 ans, alors que la malade avait 16 ans.

Le début a été marqué par l'apparition de régurgitation : la malade rejetait sans effort les aliments qu'elle venait d'ingérer, les régurgitations survenaient, soit dès la première bouchée, soit après la prise d'une quantité plus importante d'aliments qui produisait alors une sensation d'étouffement, d'oppression, soulagée aussitôt par la régurgitation. Celle-ci était immédiate pour les liquides, ne se produisait qu'au bout d'un temps variable pour les solides. Les régurgitations ne s'accompagnaient pas de nausées, la malade reprenait sa place à table et continuait son repas jusqu'à une nouvelle régurgitation. Les aliments rejetés étaient intacts mêlés à de la salive (la salivation était très abondante même entre les repas) et à des mucosités, mais jamais à du sang.

Pendant trois ans la malade supporte très bien cette affection, qui ne retentit pas sur l'état général. Elle compensait ce rejet d'aliments par des ingestions plus fréquentes, mais peu abondantes chaque fois. Elle était ainsi obligée de manger continuellement, et si elle attendait l'heure des repas, elle était saisie de douleurs violentes et brusques au niveau de l'épigastre, véritables crampes de faim, calmées par l'ingestion de liquide chaud.

A 20 ans, elle supporte fort bien une grossesse qui fut tout à fait normale.

A la suite de cette grossesse, l'affection s'aggrava; la malade ne pouvait plus rien avaler; on fut obligé de la nourrir avec une sonde œsophagienne. En 1907, elle consulta à la Charité; on commença des séances de dilatation; le résultat en fut nul et on proposa de lui faire une gastrostomie. La malade refusa. Voici comment elle arrive à s'alimenter : elle fait un repas d'aliments solides; à partir d'une certaine quantité, la malade a l'impression d'étouffer et ne peut plus déglutir. Elle se met alors debout, s'appuie des mains

sur une table et elle boit alors quelques gorgées d'eau; en faisant de gros efforts elle pousse cette colonne de liquide; parfois, elle ne peut passer et est rejetée, ainsi que tout le repas. Parfois, sous l'effet de l'effort, le repas est chassé dans l'estomac avec des bruits hydro-aériques, du gargouillement, et la pesanteur disparaît.

Cependant la poche n'est jamais vidée complètement, la malade retrouve souvent dans ces pseudo-vomissements des aliments ingérés la veille, principalement des morceaux de veaux; ces débris ne sont pas fétides. La malade est quelquefois réveillée la nuit par des crampes épigastriques, qui disparaissent après l'ingestion d'un verre d'eau. Dans la journée, elle les évite en mangeant souvent. Elle est toujours obligée de se mettre debout pour manger.

L'état général s'est maintenu assez bon; la malade a maigri cependant : elle pèse actuellement 52 kilos, alors qu'il y a huit ans elle pesait 65 kilos.

Examen radiologique du 8 janvier 1929 : Mégacœsophage avec rétrécissement du cardia. A jeun, la partie basse de l'œsophage, qui est rejetée du côté droit du médiastin, est rempli par le repas de la veille.

On note déjà que la partie haute de l'ombre œsophagienne est très élargie; elle se profile sur la droite du médiastin.

L'ingestion de la baryte se fait facilement.

Le mode d'évacuation œsophagienne est très curieux : d'après l'histoire de la malade, qui connaît très bien son anomalie anatomique, l'évacuation est toujours provoquée par une manœuvre volontaire dont le mécanisme est facile à saisir sur l'écran. La malade, l'œsophage étant rempli par un repas, se tient debout, avale, gorgée par gorgée, un verre d'eau; cette manœuvre lui permet, par une série de coups de piston liquide, d'avaler une grande quantité d'air sous pression. C'est alors que le cardia est forcé, l'air et une partie du liquide passent dans l'estomac.

Opération le 23 janvier 1929. — Anesthésie au chloroforme.

Incision médiane sus-ombilicale. Un aide attire l'estomac vers le bas, un autre récline le foie. Section aux ciseaux du ligament triangulaire gauche. Incision du péritoine au niveau de sa réflexion

de l'œsophage sur la coupole diaphragmatique, auxquels il ne tient nullement. Avec un tampon monté on décolle la traversée diaphragmatique de l'œsophage et pénètre même profondément dans le médiastin; on abaisse ainsi 40 centimètres d'œsophage; celui-ci présente une zone rétrécie et dure, formant un défilé de 8 centimètres environ, entre le cardia et la poche thoracique : Œsophagoplastie extra-muqueuse, section verticale, médiane et antérieure de la musculuse œsophagienne sur 8 centimètres; pour cela, on engage une sonde cannelée et la partie inférieure de la zone rétrécie entre muqueuse et musculuse et on coupe au bistouri.

Après cette section l'œsophage s'est élargie et devient flaccide et le passage de l'air dégluti le soulève régulièrement.

Suites opératoires normales. La malade n'a pas vomi après l'opération; la température monte à 39°4 le lendemain soir, mais retombe vite à 37 degrés.

La déglutition a été immédiatement aisée : La malade a présenté encore des régurgitations tous les 3 ou 4 jours, mais celles-ci portent sur les premières bouchées, — liquides et semi-liquides passent facilement, — les solides ne passent pas toujours.

Ablations des fils le 6 février.

Examen radiologique le 15 février (trois semaines après l'opération). — Stagnation encore longue dans la poche œsophagienne. Cependant l'évacuation se fait spontanément sans crise d'aéro-œsophagie. Revue une heure après l'ingestion, une grande partie est encore dans l'œsophage.

Le 19 mars 1929, (2 mois après l'opération) : Amélioration considérable des symptômes radiologiques; il ne reste dans l'œsophage qu'une petite quantité de baryum des repas pris la veille et le matin.

La traversée œsophagienne est rapide : trois ou quatre minutes. Il ne reste plus qu'un petit godet de liquide opaque, correspondant là à une petite poche qui retient également le petit résidu qu'on y voit à jeun.

Revue le 25 mai 1930. État excellent. Poids 58 kilos (a donc pris 9 kilos depuis l'opération); est enchantée, mange de tout, fait seu-

lement attention à bien mastiquer, les bouchées par trop volumineuses occasionnant un peu de gêne.

A donné de ses nouvelles en janvier 1931, le résultat est parfait.

OBSERVATION III.

(DELBET, Soc. de chir., 22 avril 1931.)

Homme de 49 ans. Le début des accidents a été en apparence brusque. En novembre 1926, pendant un repas, le malade fut pris de hoquet, suivi, dit-il, de vomissements composés de salive, de glaires, d'aliments.

Pendant les cinq mois qui suivirent, le malade eut des régurgitations à chaque repas. Entre les repas, il avait une salivation abondante qui l'obligeait à cracher fréquemment. Le matin, se produisait une régurgitation abondante de liquide muqueux et filant.

En mai 1927, un médecin ayant diagnostiqué un cancer du cardia, le Docteur La Fourcade fit une gastro-gastrostomie.

L'erreur de diagnostic fut ensuite reconnue, mais on conseilla au malade de continuer à s'alimenter par la sonde, ce qu'il fit onze mois. Bien qu'ayant constaté qu'il ne pouvait avaler que des aliments semi-liquides, il enleva la sonde en avril 1928 et l'orifice de gastrostomie se ferma rapidement.

Le malade fut réduit à l'alimentation semi-liquide. Celle-ci devenant de plus en plus difficile, il vint nous demander un soulagement le 12 mars 1931.

La radio montre un œsophage moyennement dilaté, suivi d'un canal très étroit, filiforme, long de 7 à 8 centimètres, obliqué en bas et à gauche.

Opération le 20 mars 1931. — Anesthésie au chloroforme.

Incision latérale de manière à laisser à droite la cicatrice de la gastrostomie. L'estomac est encore adhérent à la paroi.

De même, la portion rétrécie de l'œsophage au niveau de l'orifice diaphragmatique est très adhérente. La libération terminée, les piliers du diaphragme sont irrégulièrement effilochés.

Dès que l'œsophage est libéré du diaphragme, on entre aisément dans le médiastin postérieur; avec des tampons de gaze montés, on ramène doucement le médiastin et on abaisse progressivement l'œsophage thoracique jusqu'à ce que l'on voie nettement la partie dilatée.

Tout le défilé rétréci étant bien exposé à la vue, on l'incise longitudinalement, couche par couche, depuis la poche jusqu'au cardia. L'incision s'arrête à la muqueuse, c'est-à-dire que l'œsophage n'est pas ouvert. Cependant l'ouverture des deux premières couches ne semblant pas donner une dilatation importante du conduit rétréci, on tente d'inciser la troisième et la muqueuse est ouverte. On suture celle-ci.

Pour mettre au repos l'œsophage, on rouvre l'ancienne gastrostomie. Réfection de la paroi en trois plans.

Suites opératoires d'une simplicité parfaite. La sonde stomacale est retirée le dixième jour. On commence alors l'alimentation par voie buccale, d'abord avec des aliments liquides. L'opéré constate de suite que la déglutition est modifiée. Il avale aussi aisément qu'avant 1926. Il quitte l'hôpital le 11 avril, ayant repris l'alimentation normale. Il déclare qu'il ne ressent plus aucune gêne.

Radioscopie. — Dilatation beaucoup moins marquée. Il y a encore de la rétention dans l'œsophage, mais la partie rétrécie a augmenté de volume; de filiforme qu'elle était, elle atteint au moins 1 centimètre de diamètre.

OBSERVATION IV.

(DELBET, Soc. de chir., 1^{er} juill. 1931.)

Femme âgée de 22 ans. Les troubles de déglutition ont commencé en 1929. Ils sont restés supportables pendant quatorze mois. Puis les régurgitations ont commencé, sont devenues de plus en plus fréquentes, de plus en plus précoces vers le mois de mars. Le rejet des aliments se produisit presque aussitôt qu'ils étaient avalés et la malade eut l'impression que plus rien ne passait. On fit deux tentatives de dilatation. Pas d'amélioration.

Radiographie. — Œsophage très dilaté, se terminant en un cône aboutissant à un long défilé très étroit, oblique en bas et à gauche.

La malade est très amaigrie, la déglutition de l'eau est même devenue impossible. On essaye l'alimentation rectale et parentérale qui parut pendant deux jours remonter l'état général. Puis la malade tomba dans un état de prostration nerveuse, inquiétant. Le 26 mai, on lui fait une gastrostomie.

Elle se remonte rapidement.

Opération le 3 juin 1931. — Après laparotomie médiane sus-ombilicale, l'œsophage thoracique est facilement libéré et attiré dans l'abdomen. On voit très bien le défilé rétréci, long d'environ 6 centimètres, qui était croisé au niveau de sa terminaison dans l'estomac par une veine transversale. Une fois réclinée, ainsi que le pneumogastrique gauche, la musculuse de l'œsophage est sectionnée longitudinalement. Elle était résistante, mais facile à décoller de la muqueuse, de sorte que, du premier coup, la section est suffisante. Les deux lèvres s'écartent, la muqueuse plus rosée fait saillie. Les gaz de l'estomac refluent facilement sous la pression dans l'œsophage.

On supprime la bouche gastrique et on referme en trois plans.

Suites excellentes. Le soir même l'opérée avale sans aucune difficulté un verre d'eau. En quelques jours, elle revient à une alimentation normale.

Radioscopie. — L'œsophage est moins dilaté, mais l'est encore. La bouillie barytée passe dans l'estomac, mais on voit un anneau rétréci à sa partie supérieure.

Résultat fonctionnel très bon.

OBSERVATION V.

(SOUPAULT et HAMBURGER, Soc. gast.-entér., 14 nov. 1931.)

Il s'agit d'une femme présentant des troubles de déglutition qui vont s'accroissant. Les régurgitations deviennent de plus en plus fréquentes. La malade arrive à ne pouvoir même plus avaler de

liquide. Elle a maigri d'une façon considérable et, au moment de l'opérer, elle est dans un état cachectique. Aucune amélioration par les dilatations.

La radioscopie montre une poche œsophagienne volumineuse, à laquelle fait suite une partie semblant rétrécie.

Intervention. — Laparotomie médiane sus-ombilicale.

L'œsophage thoracique est assez facilement abaissé, après avoir été libéré au niveau du hiatus diaphragmatique.

On peut l'abaisser d'environ 7 ou 8 centimètres et l'on voit nettement au niveau du cardia le conduit œsophagien rétréci.

On fait une incision de la musculuse, jusqu'à la muqueuse non comprise, sur une longueur de 6 à 7 centimètres.

Pas de plastie.

La paroi est refermée en trois plans.

Les suites sont excellentes. Rapidement, la malade revient à une alimentation normale. Son état général s'améliore vite; elle engraisse.

A la radioscopie, au bout d'un mois environ, l'œsophage reste dilaté. Mais la bouillie barytée commence à passer tout de suite.

OBSERVATION VI.

(CHARBONNEL et MASSÉ, *Bordeaux chirurgical*, juill. 1932.)

M..., 36 ans, entre dans le service le 12 novembre 1931, parce qu'il a eu la veille un abondant vomissement de sang, mélangé de glaires. Il est très maigre, pâle, asthénique.

On apprend que son passé pathologique se résume en des blessures de guerre, et surtout dans les mauvais traitements qu'il subit étant prisonnier. Blessé par éclats d'obus multiples en 1915, touché en 1916 par les gaz lacrymogènes, il est fait prisonnier en septembre de la même année. En août 1918, aurait eu des hémoptysies. En septembre, étant en forteresse, il aurait subi de véritables violences et n'aurait reçu pour toute alimentation que du mauvais pain et des potages d'orties.

C'est à cette époque que remonte la maladie. Rentré en France, il éprouve des difficultés de plus en plus grandes à avaler les aliments, d'abord solides; il ressent une contraction thoracique; il maigrit.

Hospitalisation au début de 1919, durant cinq mois, à Evreux; régime, belladone, élixir parégorique, sans résultat. Radiographie à Bordeaux, en août 1919; on n'aurait rien constaté. Œsophagoscopie en septembre 1919 : les troubles ayant alors disparu, une dizaine de jours, on fit le diagnostic de spasme et, pendant quatre mois, on passa des bougies; chaque fois M... était soulagé, ayant l'impression d'une chute directe de ses aliments dans l'estomac; mais, très rapidement, se reproduisaient des douleurs thoraciques profondes, violentes, avec nausées, régurgitations, etc.

A l'Hôpital de Talence (janvier 1920), trois séances de dilata-tions par bougies. Puis œsophagoscopie (professeur Mourq) et biopsie, dont nous ignorons les résultats. Pendant encore quatre mois, dilatation (docteur Got) sans résultat.

Découragé, M..., depuis 1920, n'a plus voulu aucun traitement, se contentant de faire par jour huit repas très légers (potages et vin), repas d'ailleurs très souvent rejetés en grande partie. Son patron nous a raconté l'avoir vu procéder ainsi : il avalait vite une grosse quantité de soupe, la « ruminait », la rejetait après de nombreuses contorsions, et alors seulement pouvait en reprendre et en garder. M... remarquait déjà dans les matières vomies, des glaires striées de sang. Parfois, il « renvoyait » des borborygmes sonores et était soulagé. Bref, tout le tableau propre à ces malades.

Il atteignit ainsi octobre 1931. A ce moment les douleurs, sous forme de brûlures intenses, reprirent de plus belle, jusqu'à ce qu'enfin, le 11 novembre, à 6 heures du matin, faisant effort pour aller à la selle, il éprouva soudain l'impression d'une déchirure profonde dans la poitrine, suivie d'une sensation de chaleur, puis d'une hématomèse, sang pur, avec des caillots abondants (3/4 de litre), lipothymies, etc. Vers 14 heures, il rend encore des caillots avec des débris alimentaires et aussi pendant le reste de la journée et de la nuit jusqu'à son entrée dans le service.

La radioscopie, faite le 13 novembre 1931, montre un méga-

œsophage avec liquide de stase résiduel, et en regard du diaphragme une stricture nette, comme serrée à la ficelle, qui ne laisse rien passer pendant une heure et demie qu'a duré l'examen. (Dans l'après-midi la plus grande partie de la bouillie sera rejetée). Nous pensons à un cardiospasmus, mais le vomissement de sang et les douleurs intenses depuis un mois, nous font penser qu'il y a aussi de l'œsophagite accentuée, avec ulcération rétrostricturale (peut-être même un petit ulcus œsophagien), plutôt d'ailleurs secondaire au spasme, car ce n'est que d'un mois, nous le répétons, que datent ces sensations de brûlures intenses et de la veille l'hématémèse; l'opération devait montrer un état inflammatoire.

Dans les jours qui suivent, on nous montre, à plusieurs reprises des cuvettes pleines d'un mélange d'aliments, de glaires, de salive et de sang.

Nous nous gardons bien de faire faire des manœuvres endoscopiques (que M... d'ailleurs n'accepterait guère avec plaisir devant leur maigre réussite.)

Intervention le 25 novembre 1931. — Après trois jours de préparation : belladone, huile camphrée, lavages œsophagiens, etc.). Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. On est un peu gêné par un foie assez gros et aussi par le rebord costal gauche, très saillant. Par voie sous-péritonéale, en faisant une petite boutonnière au péritoine, sous la lèvre gauche relevée de la plaie et en glissant une pince coupante, on sectionne ce rebord, et, dès lors, le jour est très bon.

On remarque de suite, en attirant l'estomac en bas, un aspect rougeâtre inflammatoire du cardia, avec un petit ganglion très net sur la droite.

Les piliers du diaphragme, friables, sont plutôt dilacérés que sectionnés et on attire lentement l'œsophage thoracique, en le décollant circulairement avec un tampon monté sur une longue pince. On arrive ainsi à voir nettement la partie inférieure de la poche dilatée : on voit le X gauche qu'on récline. La partie inférieure de cette poche est éloignée de 5 centimètres environ du cardia. On incise prudemment, couche par couche, la musculature sur une hauteur de 3 centimètres, au niveau de la partie rétrécie qui a cette

longueur et on a l'impression d'être sur la muqueuse; l'œsophage se dilate. Aucune suture.

Drain vers le décollement. Gastrostomie selon la technique indiquée par Gernez, pour mettre, dans toute la mesure du possible, au repos, cet œsophage dilaté et enflammé.

Suites. — Température 38°5 pendant deux jours, puis tout rentre dans l'ordre. La nourriture est assurée par la gastrostomie. Mais par la bouche on fait prendre, tous les jours, deux œufs battus avec un peu de bismuth (pour utiliser la propriété de pansement du blanc d'œuf, précieux dans les œsophagites).

Rapidement M., engraisse, ne souffre plus, n'a plus de régurgitation, ni de sialorrhée. On lui permet, à la troisième semaine, des potages, des purées qui, à sa grande surprise, passent très bien.

La radiô faite le 29 décembre montre encore la dilatation de l'œsophage. La bouillie passe en une heure et demie.

Le 3 janvier, on lui enlève la sonde de la gastrostomie, qui se ferme rapidement. L'alimentation, composée de mets choisis mais très variés, se fait normalement (3 repas). M... a engraisé de 3 kilos le 16 janvier.

Radio le 2 juin (7 mois après). — Montre l'œsophage encore dilaté. L'évacuation en commence cependant de suite.

M... a toujours un excellent état général.

DISCUSSION DES FAITS

Dans les observations que nous relatons, on peut regretter que toutes n'aient pas subi la sanction du temps; c'est ainsi que le cas de Hertz et Braine est suivi deux mois; celui de Lardennois, et Braine trois mois; le deuxième cas de Grégoire quatre mois et demi; le troisième de Delbet trois mois et demi et le quatrième un mois; celui de Soupault et Hambürger un mois; celui de Chenut et Parcelier deux mois et demi.

Par contre, l'observation de Sencert l'a été quinze mois; celle de Lecène six mois; celle de Charbonnel et Massé onze mois; la première de Grégoire datait de douze mois; celle de Prat deux ans et demi; celle de Kummer de quatorze mois; la deuxième de Delbet de deux ans et cinq mois; celle de Lefèvre de cinq ans.

Mais, quelles que soient les interventions que nous avons vu appliquées dans la grande dilatation de l'œsophage, soit l'abaissement de l'œsophage thoracique avec ou sans plastie, soit la phrénotomie postérieure de Grégoire, soit l'œsophagocardio-myotomie extramuqueuse, les résultats obtenus en général ont été bons. Une seule mort est signalée pour les observations françaises que nous avons citées, — un cas de Grégoire : opération par voie postérieure extra-séreuse. — On pourrait presque parler d'intervention bénigne, si le nombre des cas que nous relevons était plus élevé.

Dans toutes les interventions, on note, avec une constance remarquable, une amélioration fonctionnelle très rapide, sinon immédiate, puisque des malades opérés du jour, peuvent comme dans le cas de Delbet, avaler des liquides, sans manifestation de troubles. Parfois, cependant, il persiste quel-

ques régurgitations, des douleurs rétro-sternales, même des vomissements comme dans le cas de Prat, qui dut recourir aux dilatations deux ans après être intervenu — il est vrai que Prat n'avait fait qu'abaisser l'œsophage, sans aucune plastie. Mais dans l'ensemble, les malades peuvent reprendre une alimentation sensiblement normale, recouvrent un bon état général et engraisseront rapidement.

Les troubles qui peuvent persister, semblent trouver leur explication dans les constatations radiologiques qui sont beaucoup moins satisfaisantes que le résultat fonctionnel. Comme le dit Delbet : « La satisfaction du radiologue est toujours moindre que celle du malade..., qui vaut mieux. » En effet, la poche œsophagienne, si elle diminue de volume, demeure quand même toujours importante; le passage des aliments se fait le plus souvent lentement, par un défilé plus ou moins étroit et plus ou moins long et l'œsophage se vide au bout d'un temps variable; parfois même il garde un petit résidu. Mais la bouillie barytée se décide à passer tout de suite, alors qu'avant elle ne passait pas du tout, même au cours d'examens prolongés et répétés, comme dans le cas de Charbonnel. Cependant, des observations de Grégoire, Hertz, Kummer signalent un résultat anatomique, vu avec les rayons X, à peu près parfait.

Des faits que nous venons de rapporter, il se dégage une impression nette : c'est que le traitement chirurgical a donné des résultats là où avaient échoué les manœuvres de dilatation et de thérapeutique médicale. Ce qui vient appuyer ce que disait Grégoire en 1924 : « Le traitement chirurgical de la dilatation idiopathique de l'œsophage paraît se relever de l'excommunication portée contre lui en mars 1922. » C'est qu'en effet, à cette époque, à la Société de chirurgie, Cunéo, P. Duval, Lenormand, se montraient hostiles envers lui.

Depuis, même des médecins et des spécialistes, l'adoptent, et, à la suite de la communication de Soupault et Hambürger, Moutier disait (1931) : « Il est bon de pouvoir espérer, après avoir fait le tour des traitements médicaux que l'opération

apportera un secours efficace dans cette affection si tenace. »
Et Charbonnel de dire : « Il y a plus qu'un espoir : une réalité. »

*
* *

Nous ne songeons nullement à revendiquer pour le chirurgien tous les cardiospasmés, mais il semble qu'il faille établir entre eux une différence, comme le faisait remarquer Sébilleau : « ... Il y a des spasmes simples, d'origine réflexe, peut-être même d'origine réflexe locale, et des spasmes coïncidant avec une dilatation œsophagienne, développée sur une disposition anatomique congénitale. »

Aux premiers, aux spasmes simples, sans dilatation ou avec dilatation fusiforme peu marquée, doit être réservé le traitement médical. Comme disait Lecène (1929) : « Il est essentielle de bien savoir que ces malades, atteints de cardiospasmé, sont toujours de grands nerveux que la simple dilatation progressive améliore bien souvent d'une façon remarquable, associée au traitement belladonné. L'indication opératoire chez ces malades ne doit être posée qu'avec un diagnostic des plus complets. » Cependant, si le cathétérisme guérit, non pas, croyons-nous, toutes les dilatations comme le dit Guisez « par les moyens endoscopiques et par les voies naturelles, on peut venir à bout des cas les plus difficiles et les plus graves », mais un certain nombre de cardiospasmés simples, la plupart des malades doivent être régulièrement dilatés, et cet esclavage de la sonde comparable à celui du prostatique, est bien pénible.

Mais, en ce qui concerne les cas graves, Sébilleau disait : « Si quelques malades semblent définitivement débarrassés par deux ou trois séances de dilatation, la plupart, au contraire, ont besoin de séances de plus en plus rapprochées. Ceux qui ont une poche œsophagienne ne guérissent même jamais, on les améliore surtout, je crois, parce que le cathétérisme est souvent une occasion de vider et de nettoyer leur poche œsophagienne. » ,

Plus récemment, Grégoire, Bücher, Lusena, Soupault, soulignent à nouveau l'impuissance des dilatations et même leur danger dans les mégacésophages.

Du reste, on a pu remarquer que, dans toutes les observations rapportées, le traitement chirurgical n'avait été décidé qu'en présence de malades ayant une grosse dilatation invétérée, cachectiques, complètement déshydratés et chez lesquels la thérapeutique médicale avait échoué, et même où la gastrostomie faite d'urgence n'avait amélioré que leur état général, n'intervenant nullement sur les troubles œsophagiens qui reparurent dès la fermeture de leur bouche gastrique (cas de Delbet et de Grégoire). A ces cas-là, donc, s'applique l'opération.

*
* *

Quelle doit être cette opération ?

Nous avons vu toute la complexité pathogénique de la grande dilatation de l'œsophage; nous avons noté que, suivant telle ou telle conception ou constatation opératoire avait été appliqué tel ou tel traitement, et nous avons montré, chaque fois, ce qu'il nous semblait bon de retenir de chacun d'eux. Aussi, croyons-nous pouvoir dire que l'opération qui donnera son maximum de résultats durable — ne doit pas se limiter systématiquement à une idée préconçue ou à un constat particulier, mais doit s'adresser d'emblée à l'ensemble des facteurs pathogéniques possibles. De plus, elle doit être simple et comporter le minimum de gravité.

On peut tenir comme certains, trois facteurs pathogéniques :

Le facteur dit mégacésophage, comprenant œsophage trop long, trop large, trop flasque, coudé; le facteur dit phrénospasme, s'adressant aux malformations du couloir diaphragmatique; enfin, le facteur dit cardiospasme, se rapportant à la diminution de calibre de l'extrémité inférieure de l'œso-

phage, sur une longueur plus ou moins grande et quelle qu'en soit la nature, congénitale ou inflammatoire.

A ces trois facteurs s'adressent : au premier, la manœuvre d'abaissement et de redressement de l'œsophage; au deuxième, la dilatation de l'anneau diaphragmatique, libérant l'œsophage; au troisième, enfin, l'œsophago-cardio-myotomie extra-muqueuse.

L'opération nécessaire et complète associera ces trois manœuvres successives : En un premier temps, la dilatation du sphincter du diaphragme permettant le second, qui sera l'abaissement de l'œsophage thoracique, lequel rend possible le troisième, temps principal, la cardiomyotomie.

Quant à la voie à suivre ? Il semble que la laparotomie médiane susombilicale, qui permet, comme nous l'avons vu, dans l'immense majorité des cas, l'exécution facile de ces différents temps opératoires est préférable à la voie postérieure thoracique extraséreuse plus longue et plus choquante pour le malade. Si cette simple laparotomie ne donnait pas un jour suffisant, on pourrait réséquer le rebord costal gauche, comme de nombreux chirurgiens l'ont fait, sans que le pronostic opératoire s'en trouve aggravé.

CONCLUSIONS

I. — Les cas de dilatation idiopathique de l'œsophage relèvent du traitement chirurgical après échec du traitement médical.

II. — La pathogénie de cette affection n'étant pas connue, l'intervention nécessaire doit porter sur l'ensemble des causes possibles. Elle doit comprendre :

- a) La libération de l'œsophage dans sa traversée diaphragmatique;
- b) L'abaissement et le redressement de l'œsophage;
- c) La section de la musculuse jusqu'à la muqueuse non comprise, au niveau de la partie rétrécie du conduit œsophagien, section dépassant en haut et en bas cet rétrécissement.

III. — La voie d'accès suffisante et la moins grave sur l'extrémité inférieure de l'œsophage est la voie abdominale antérieure sus-ombilicale. On peut y adjoindre la résection du rebord costal gauche qui donne un jour plus grand.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 décembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BARD. — Le mégacésophage, cas particulier des dilatations idiopathiques des organes cavitaires. *Arch. mal. app. digestif*, 1918, p. 541.
- Note complémentaire sur le mégacésophage. *Arch. mal. app. digestif*, 1919, p. 116.
- BENSAUDE et GUÉNAUX. — Contribution à l'étude de la dilatation diffuse et généralisée (dite idiopathique) de l'œsophage. *Rev. de méd. de Paris*, 1921, p. 65.
- BENSAUDE et RIVET. — Les dilatations dites idiopathiques de l'œsophage. *Arch. mal. app. digestif*, 1908, p. 268.
- BLANCO. — Sobre un caso de cardiospasma. *Sem. med. Buenos-Aires*, 1917, p. 879.
- BONNET. — Le traitement du mégacésophage. *Marseille médical*, 1927, p. 637.
- BRAINE et MÉTIVET. — *Journ. de chir.*, juin 1923, p. 683.
- BULL. — *Acta chir. scand.*, 1924, p. 581.
- CAIN. — *Rev. crit. de pathol. et de thérap.*, avril 1932.
- CASTRONOVO (E.). — Sulle dilatazioni idiopathichus d'ell' esofaco. *Radiol. med.*, janv. 1927, p. 172.
- CHABROL et DUMOND. — Un cas de dilatation primitive de l'œsophage : rôle du cardiospasma, le syndrome médiastinal secondaire. *Paris méd.*, 1920, p. 836.
- CHARBONNEL et MASSÉ. — Le traitement chirurgical du mégacésophage. L'œsophago-cardiomyatomie extra-muqueuse. *Bordeaux chirurgical*, juill. 1932, p. 213.
- CHAVANNAZ (G.) et NARD. — Sur un cas de mégacésophage. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1922, p. 300.

Congrès international de chirurgie, mars 1932 : Rapports de Grégoire, ZAAIJER, BIRCHER, LUSENA, GRAY-TURNER, CARDENAL, et communications de PIERI, SOUPAULT, BRAINE.

DELBET (P.). — *Soc. de chir. de Paris*, 15 mars 1922, p. 417.

— Mégaoesophage. Opération par voie abdominale. *Soc. nat. chir.*, 1929, p. 481.

— Troisième cas de cardiospasmé opéré par voie abdominale. *Soc. nat. chir.*, 1931, p. 586.

— Rétrécissement simple de l'oesophage (cardiospasmé) opéré par voie abdominale. *Soc. nat. chir.*, 1931, p. 1057.

DUFOURMENTEL. — XXXIII^e Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie, Paris, 9-12 mai 1921.

EINHORN. — Cardiospasm and dilatation of esophagus. *Arch. mal. app. digestif*, févr. 1932, p. 152.

EXNER. — *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1917, p. 886.

FÉDEROFF. — Contribution à l'étude et au traitement des maladies de l'oesophage. *Le Médecin russe*, 1902, n^o 6.

FREEMAN. — Operations for the relief of cardiospasm. *Ann. of Surg.*, 1923, p. 174.

GIERTZ (H.). — Opération for idiopathic dilatation; case *Hygea*, 15 mars 1931, p. 190.

GIRARD. — *Arch. mal. app. digestif*, 1918, n^o 2.

GRÉGOIRE (R.). — Méthode permettant d'atteindre le segment cardio-oesophagien en évitant la plèvre et le péritoine. *Soc. nat. chir.*, 25 avril 1923, p. 600.

— Résultat au bout d'un an d'une intervention pour dilatation de l'oesophage. Section du diaphragme par voie thoraco-abdominale extra-séreuse. OEsophago-gastroplastie. *Soc. nat. chir.*, 14 nov. 1923, p. 1322.

— Pathogénie et traitement de la dilatation idiopathique de l'oesophage. *Arch. mal. app. digestif*, 1924, p. 455.

— Phrénospasme. OEsophago-gastroplastie par voie thoraco-abdominale extra-séreuse. *Soc. nat. chir.*, 25 juin 1925, p. 757.

GUISEZ (J.). — Traité des maladies de l'oesophage. Paris, 1911, Baillière, édit.

- GUISEZ (J.). — Pathogénie et traitement des spasmes graves de l'œsophage. *Gaz. des hôp.*, 10 juill. 1920, p. 968.
- Traitement des grandes dilatations de l'œsophage. *Presse médicale*, 1921, p. 661.
- GUNS (P.). — Phrénospasme ou cardiospasme dans le mégacœsophage. *Arch. mal. app. digestif*, 1927, p. 1090.
- Cardiospasme. Pathogénie et traitement. *Revue belge*, 1930, p. 505.
- HABERER. — Contribution à l'étude de la dilatation cardiotonique de l'œsophage. Œsophago-gastrotomie transthoracique. *Zentralbl. für chir.*, 21 nov. 1931.
- HAGGSTRÖM (P.). — Heyrovsky's operation for cardiospasm and dilatation of œsophagus. *Acta chir. Scand.*, 1930, p. 345.
- HARTMANN. — *Soc. de chir.*, 20 mars 1929, p. 482.
- HERRE. — *Deutsche Zeitrchr. f. Chir.*, déc. 1928.
- HERTZ (J.) et BRAINE (J.). — Phrénospasme. Œsophagoplastie par voie thoraco-abdominale extraséreuse. *Soc. nat. chir.*, 7 mai 1924, p. 569.
- HEYROVSKY. — *Arch. f. Klin. chir.*, 1913, p. 703.
- JACOBOWICI et HANGERMUT. — La cardio-myotomie dans le traitement de la dilatation idiopathique de l'œsophage. *Romania medicala*, n° 24, déc. 1931.
- KANZOW. — Cardiospasme et dilatation de l'œsophage. *Fortsch. a. d. Geb. de Röntgenstrahlen*, 1929, p. 447.
- KELLER. — *Ann. of Surg.*, juill. 1928.
- KELLY. — Nervous affections of œsophagus. *Laryngol. et Otol.*, avril 1927, p. 221.
- KNOX. — Idiopathic dilatation of the œsophagus. *Procced of New York pathol. Soc.*, 1925, p. 121.
- KOHLER. — La dilatation idiopathique de l'œsophage. *Deutsche Zeitsch. für. Chir.*, 31 oct. 1931.
- KUMMER. — Sténose du segment diaphragmatique de l'œsophage. Phrénotomie par le procédé de Grégoire. *Soc. nat. chir.*, 16 févr. 1927, p. 231.
- LAGOS (F.-M.). — A propos d'un cas de mégacœsophage opéré par la méthode de Grégoire. *Noticias medicas*, août 1931.
- LAMBERT (L.). — Treatment of diffuse dilatation of œsophagus by

- operation. *Surg. gyn. and obst.*, janv. 1914, p. 1; *Surg. gyn. and. obst.*, 1924, n° 1.
- LAMSON (O. F.). — Cardiospasm. Surgical treatment. *Northwest Med.*, mars 1930, p. 123.
- LARDENNOIS (G.) et BRAINE (J.). — Phrénospasme chronique. *Soc. nat. chir.*, 20 juin 1923, p. 937.
- LARGET et LAMARE. — Cardiospasmè. Dilatation par voie gastrique. *Soc. nat. chir.*, 19 juin 1929, p. 886.
- LECÈNE. — Sténose inflammatoire avec spasme du cardia, dilatation œsophagienne considérable. Cardioplastie. Guérison. *Soc. nat. chir.*, 30 avril 1919, p. 710.
- LEFÈVRE et JONCHÈRES. — Cardiospasme de l'œsophage traité par la voie thoraco-abdominale extra-séreuse de Grégoire. *Bull. et méd. Soc. méd. et chir. de Bordeaux*, 1926, p. 263.
- LENORMANT. — Le traitement opératoire du cardiospasme chronique. *Presse médicale*, 1914, p. 91.
- LION (G.). — Rétrécissement de l'extrémité cardiaque de l'œsophage. *Soc. méd. des hôp.*, 1905, p. 40.
- LUNA (DE). — Cardiospasme et dilatation de l'œsophage. *Marseille médical*, 1928, p. 797.
- MATHIEU et LABOULAIS. — Sur un cas de grande dilatation de l'œsophage. *Bull. et mém. Soc. méd. hôp. de Paris*, 1918, p. 254.
- MEYER (W.). — Intrathoracic cardioplasty for intractable cardiospasm. *Ann. of surg.*, 1913, p. 699.
- MIKULICZ. — Zur Pathologie und Therapie des Cardiospasmus. *Deutsche med. Wochens.*, 7 janv. 1904.
- XI^e Chir. Kongress, p. 37.
- MORLEY. — Cardiospasm. *Lancet*, London, 26 févr. 1927, p. 431.
- OBERTHÜR (H.). — Traitement chirurgical de la dilatation dite idiopathique de l'œsophage. *Arch. mal. app. digestif*, juin 1931, p. 649.
- ÖETTINGER et CABALLERO. — *Arch. mal. app. digestif*, déc. 1921, p. 369.
- PRAT (D.). — Deux cas de mégacœsophage. *Soc. nat. chir.*, 24 avril p. 519.
- QUÉNU et HARTMANN. — Des voies de pénétrations dans le médiastin postérieur. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1891, p. 82.

- RIEDER (W.). — Traitement du cardiospasme. *Beitr. z. Klin. Chir.*, 1931, p. 495.
- RIMBAUD et PARÈS. — Cardiospasme. Cas datant de quatre ans. *Soc. de sc. méd. et biol. de Montpellier*, 1928, p. 414.
- ROSENHEIM. — *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1895.
- SARGNON (A.). — Le mégacésophage. *Arch. franco-belges de chir.*, juill. 1926.
- SENCERT (L.). — Sur le rétrécissement spasmodique du cardia. *Rev. hebd. de laryngol.*, Paris, 1906, p. 33.
- Sur le traitement opératoire du mégacésophage. *Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris*, 1921, p. 753.
- SENCERT (L.) et SIMON. — Le traitement opératoire de la dilatation idiopathique de l'œsophage. *Rev. de chir. de Paris*, 1921, p. 355.
- SENINGER (C.). — Idiopathic dilatation. *Arch. Surg.*, déc. 1920, p. 1315.
- THIRELOIX et BENSAUDE. — Sur un cas de dilatation de l'œsophage avec sténose spasmodique du cardia. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1908, p. 46.
- TUFFIER. — Mégacésophage. Opération. Résultat fonctionnel suivi sur radiographie huit mois après. *Soc. nat. chir.*, 22 mars 1922, p. 446.
- VAMPRÉ. — *Brazil medico*, sept. 1923.
- *Arch. mal. app. digestif*, juill. 1924.
- VINSON. — Cardiospasm. Treatment. *South. M. Journ.*, mars 1920, p. 243.
- WATTS. — Cardioplastie pour cardiospasme. *Ann. of Surg.*, août 1923.
- WENDEL. — *Arch. of Klin. Chir.*, 1910, p. 311.
- WINKELSTEIN (A.). — Cardiospasm. Psychogenic factors. *Amer. Journ. Surg.*, avril 1931, p. 135.
- WITHERSPOON (J.). — Cardiospasm, œsophageal obstruction and dilatation; their treatment. *J. Tennessee. M. A.*, août 1927, p. 116.

